ITEM 80 : OCCLUSION VEINEUSE RETINIENNE

= **Occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR)** ou **d'une de ses branches (OBVCR)** : pathologie fréquente = affection vasculaire rétinienne la plus fréquente après la rétinopathie diabétique, surtout chez le sujet âgé avec FdRCV
Diagnostic clinique (FO)

OCCLUSION DE LA VEINE CENTRALE DE LA RETINE

= 2 formes : - **Forme ischémique**, de mauvais pronostic visuel
- **Forme non ischémique**, de meilleur pronostic visuel

SF		- **Baisse d'acuité visuelle** : brutale, indolore, variable de la perception lumineuse à une acuité visuelle normale, corrélé à la forme **ischémique** (< 1/20ème) ou **non ischémique** (> 2/10ème)
FO		- Œdème papillaire - **Veines rétiniennes tortueuses** et **dilatées** - **Hémorragies disséminées** sur la surface rétinienne : **superficielles** (en flammèche) ou **profondes** (en taches) - **Nodules cotonneux**
PC		**- Angiographie à la fluorescéine** systématique : détermination de la forme ischémique ou non ischémique - **OCT** : évalue l'œdème maculaire
Forme non-ischémique 75%		= **Stase veineuse rétinienne** : - **AV > 2/10ème** avec **réflexe pupillaire conservé** - **FO** : hémorragies en flammèche (superficielles), nodules cotonneux rares - **Angiographie** : importante dilatation veineuse et capillaire et territoire d'ischémie peu étendu
	Evolution	- Evolution favorable dans **50%** des cas : **normalisation de l'AV** en 3 à 6 mois - Passage à une **forme ischémique** dans **25%** des cas - Persistance d'un **œdème maculaire cystoïde** (BAV permanente)
Forme ischémique25%		= **Infarcissement hémorragique de la rétine** : - **AV effondrée** (< 1/20ème), ↘ **réflexe pupillaire direct** avec conservation du réflexe consensuel - **FO** : hémorragies plus volumineuses, profondes, en taches, nodules cotonneux nombreux - **Angiographie** : vaste territoire d'ischémie rétinienne
	Evolution	- **Ischémie maculaire majeure** : aucune récupération fonctionnelle - **Néovascularisation irienne** : rapidement, dans les quelques jours-semaines, avec risque d'évolution rapide vers un **glaucome néovasculaire** (classiquement à 3 mois, « glaucome des 100 jours ») - **Néovascularisation pré-rétinienn**e et/ou **pré-capillaire** (25%) : risque d'**hémorragie intra-vitréenne** (BAV brutale)
Etiologie	Sujet > 50 ans	- Recherche de **FdRCV** : **tabac, HTA, diabète, hypercholestérolémie, SAOS** - Recherche d'une **hypertonie oculaire** au cours du cycle nycthéméral: facteur favorisant
	Bilan poussé	= Indiqué < 50 ans, en l'absence de FdR chez un sujet > 50 ans ou si OVCR bilatérale - **Thrombophilie génétique ou acquise** : **résistance à la protéine C activée, déficit en protéine C, S ou antithrombine, SAPL, hyperhomocystéinémie** - Femme jeune : **contraception oestroprogestative** **- Contexte d'hyperviscosité**
TTT	TTT médical	- **IVT d'anti-VEGF** en 1ère intention ou de **Triamcinolone** en 2de intention = **corticothérapie locale** : régression de l'œdème maculaire, avec risque de cataracte ou de glaucome - **Hémodilution iso-volémique** (↘ viscosité sanguine, avec but d'Ht 30-35%), efficacité discutée
	Photo-coagulation au laser	**- Photo-coagulation pan-rétinienne** = prévention de la néovascularisation : systématique en cas d'OVCR ischémique = cible la rétine ischémique pas les néovaisseaux **- Photo-coagulation maculaire** = régression de l'œdème maculaire cystoïde : en cas de BAV persistante ≤ 5/10ème par œdème maculaire, envisagé après 3 mois
	→ Sans efficacité prouvée : **anticoagulation** (indiqué seulement en cas de coagulopathie), **antiagrégant plaquettaire** et **fibrinolytique**	
Stratégie	Forme non-ischémique	- Traitement médical si pratiqué dans le 1er mois - Traitement de l'œdème maculaire : IVT - **Surveillance clinique** et **angiographique** mensuelle : risque de forme ischémique avec possible glaucome néovasculaire)
	Forme ischémique	- **Photo-coagulation pan-rétinienne** d'emblée

		Glaucome néo-vasculaire	- **Photo-coagulation pan-rétinienne** en urgence - Après **traitement hypotonisant** local (collyre) et général (Diamox® oral ou IV) - **Chirurgie à visée hypotonisante** dans les cas les plus graves
OCCLUSION D'UNE BRANCHE VEINEUSE	= OBVR : occlusion généralement à un **croisement artério-veineux**, favorisé par l'**artériosclérose** - Généralement chez le sujet âgé > 60 ans avec FdRCV		
	C		- **Baisse d'acuité visuelle** variable selon l'importance et l'atteinte maculaire - **FO** : signes identiques à l'OVCR, localisés au territoire rétinien drainé par la veine occluse - **Angiographie** : précise la forme ischémique ou non ischémique
	Evolution		- **Favorable** dans la majorité des cas: reperméabilisation de la veine ou circulation de suppléance - Défavorable : - **Maculopathie ischémique** avec **BAV** en cas de forme ischémique de la macula - **Œdème maculaire** persistant - **Néovaisseaux prérétiniens** secondaires à une forme ischémique suffisamment étendue ➝ L'ischémie rétinienne n'est pas suffisamment étendue pour provoquer une **néovascularisation pré-papillaire** ou **irienne** avec **glaucome néovasculaire**
	TTT		= Identique aux OVCR: - **Photocoagulation sectorielle**, limitée au territoire de la veine occluse - **Photocoagulation maculaire** si œdème maculaire avec BAV ≤ 5/10ème persistant > 3 mois - **Levée chirurgicale de la compression** au niveau du croisement artério-veineux : en cours d'évaluation

	NOIAA	NORB	OACR	OVCR	
BAV	Brutale Très variable (de 10/10e à ø perception lumineuse) ± **Amaurose fugace**	Rapidement progressive Généralement importante **DPAR** + **Douleur rétro-orbitaire**	Brutale Effondrée, généralement limité à la perception lumineuse	Brutale Très variable (de 10/10e à ø perception lumineuse)	
				Ischémique < 1/20e	**Non ischémique** > 2/10e
FO	**Œdème papillaire** **Pâleur papillaire** **Hémorragie en flammèche péri-papillaire**	**Normal**	**Rétrécissement du calibre artériel** **Œdème blanc rétinien** **Macula « cerise »**	**Veines dilatées, tortueuses** **Œdème papillaire** **Hémorragies disséminées superficielles (flammèche) et profondes (taches)** **Nodules cotonneux**	
PC	CV : **déficit altitudinal** Angiographie: **ischémie choroïdienne** si Horton	CV : **scotome central** ou **caeco-central** **Dyschromatopsie rouge-vert** **PEV** très altéré	Angiographie (non indispensable) : **retard de perfusion**	Angiographie: ≠ ischémique/non ischémique Bilan si < 50 ans, ø FdRCV ou bilatérale : recherche de thrombophilie	
Causes	**Artériosclérose** **Maladie de Horton**	**SEP ++** **Alcoolique** **Ethambutol** **Infectieuse** **Auto-immune** **Artériosclérose** **Horton**	**Artériosclérose** **Cardiopathie emboligène** **Thrombophilie** **Horton** (sauf OBACR)	**Artériosclérose** **Hypertonie oculaire** **Thrombophilie** **Contraception oestroprogestative**	
Evolution	Atrophie optique sans récupération visuelle Risque de récidive controlatérale	Récupération : 80% AV normale 30% de récidive à 5 ans	Quasiment toujours défavorable : ischémie rétinienne définitive en 90 minutes Papille pâle, atrophique Artères grêles	Aucune récupération Néovaisseaux pré-rétiniens* et pré-papillaires ➝ hémorragie intra-vitréenne Néovaisseaux iriens ➝ glaucome néovasculaire **possible aussi si OBVCR*	50% : normalisation en 3-6 mois 25% : ischémique 25% : œdème maculaire
TTT	Artériosclérose : aspirine Horton : corticoïdes	Corticothérapie bolus	Aspirine Sujet jeune < 6h : hypotonisant, vasodilatateur, fibrinolyse	Photocoagulation pan-rétinienne	Hémodilution iso-volémique Corticoïdes intra-vitréens Photocoagulation maculaire si OMC